

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção a Saúde do Idoso na UBS Dr. José Ferreirinha, Currais
Novos/RN**

José Noide Caraballo Robert

Pelotas, 2015

José Noide Caraballo Robert

**Melhoria da Atenção a Saúde do Idoso na UBS Dr. José Ferreirinha,
Currais Novos/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R639m Robert, Jose Noide Caraballo

Melhoria da Atenção a Saúde do Idoso na UBS Dr. José
Ferreirinha, Currais Novos/RN / Jose Noide Caraballo Robert; Sérgio
Vinícius Cardoso de Miranda, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de
Pelotas, 2015.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Saúde do Idoso
4. Assistência domiciliar 5. Saúde Bucal I. Miranda, Sérgio Vinícius
Cardoso de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Aos meus filhos Noide Carlos e Daniel
À minha mãe Olga Robert a qual devo tudo nesta vida.

Agradecimentos

Primeiramente agradecer a Universidade Federal de Pelota, por permitir-me cadastrar-me no curso.

A meu orientador Sérgio Vinicius Cardoso de Miranda, pelo seu incentivo e inteligência das orientações, um apoiador constante e incansável no esclarecimento das dificuldades.

A equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Dr. José Ferreirinha, pelo incentivo e apoio incondicional de todos seus integrantes.

Ao NASF, pelo apoio e presteza durante as atividades da intervenção.

Aos gestores municipais de saúde, líderes comunitários e comunidade, pelo apoio recebido durante o curso de especialização e principalmente durante a intervenção.

Aos usuários por terem protagonizado este estudo, demonstrando entusiasmo com a iniciativa.

Resumo

ROBERT, José Noide Caraballo. **Melhorias no Programa de Atenção a Saúde do Idoso na UBS Dr. José Ferreirinha, Currais Novos/RN.** 2015. 92f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Os idosos, nos seus aspectos biológico, psicológico e social apresentam transformações próprias, requerendo tipos de assistências diferenciadas, em especial à saúde. Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidades, inclusive nos domicílios. O envelhecimento da população brasileira vem acontecendo rapidamente provocando consequências sociais, culturais e epidemiológicas. Este trabalho teve o objetivo de melhorar a atenção à saúde de idosos. Para tal, foi realizada uma intervenção na UBS Dr. Jose Ferreirinha, no município de Currais Novos/RN. A investigação teve duração de 12 semanas e as ações programáticas foram desenvolvidas em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. O protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde foi adotado para orientar sobre as ações desenvolvidas e um registro específico, por meio de ficha-espelho e planilha de coleta de dados, foi adota para avaliação e monitoramento da intervenção. A população alvo foi todos os usuários com 60 anos ou mais de idade residentes na área adstrita da unidade de saúde. Ao final das 12 semanas de intervenção, 264 idosos foram cadastrados e acompanhados. Todos os idosos acompanhados foram submetidos a avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado, receberam a caderneta da pessoa idosa, receberam solicitação de exames complementares e todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção foram cadastrados. A intervenção melhorou a atenção à saúde dos idosos qualificando a atenção, fortalecendo a atenção primária à saúde, melhorando o acolhimento e atendimento de suas singularidades, e alcançou o engajamento da comunidade. A intervenção na UBS Dr. Jose Ferreirinha, no município de Currais Novos/RN, propiciou a ampliação da cobertura da atenção, a melhoria dos registros, a qualificação da equipe e o engajamento da população.

Palavras-chave: Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Saúde do Idoso, Assistência Domiciliar, Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.....	63
Figura 2	Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.....	65
Figura 3	Gráfico da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.....	68

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HPA	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	47
2.3.3 Logística	52
2.3.4 Cronograma.....	55
3 Relatório da Intervenção.....	57
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	57
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	59
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	60
4 Avaliação da intervenção.....	61
4.1 Resultados.....	61
4.2 Discussão	70
5 Relatório da intervenção para gestores	73
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	76
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	78
Referências	80
Apêndices.....	81
Anexos.....	86

Apresentação

O volume trata do trabalho de conclusão de curso da Especialização em Saúde da Família. É resultado de um conjunto de atividades desenvolvidas pela equipe no âmbito da Unidade Básica de Saúde José Ferreirinha, no município Currais Novos/RN. Está organizado em 5 capítulos, que inclui: 1 - Análise Situacional, 2 - Análise Estratégica, que aborda o Projeto de intervenção, 3 - Relatório da intervenção, 4 - Avaliação da intervenção, e 5 - Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o Relatório da Intervenção onde há a descrição das ações previstas no projeto que foram e as que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, bem como no fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, e análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso. A quarta parte apresenta a Avaliação da Intervenção, capítulo que apresenta os resultados e discussão da intervenção, bem como os relatórios para os gestores e comunidade. A quinta parte é referente à reflexão Crítica do Processo Pessoal de Aprendizagem e aborda questões referentes à percepção do especializando quanto a intervenção e seus reflexos na equipe, comunidade e serviço.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na UBS Dr. Ferreirinha na Rua do Petróleo, Bairro Pro moral, Município Currais Novos, no Programa “Mais Médicos para o Brasil”. Esta unidade é antiga e não tem boas condições em sua estrutura, que possui uma sala de recepção, sala de curativo, sala de vacina, dois consultórios médicos, um consultório odontológico, uma farmácia e dois banheiros.

Na UBS trabalham duas equipes de saúde. A minha equipe de trabalho está formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, uma odontóloga e uma auxiliar de consultório odontológico. A equipe foi formada há menos de um mês, já que não havia enfermeira, técnica odontóloga. Pela falta de estrutura e o trabalho com outra equipe existem muitas dificuldades para o desenvolvimento do trabalho, sobretudo da enfermeira e da técnica de enfermagem que não tem salas.

Nossa comunidade tem muitos usuários com doenças crônicas como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Hiperlipidemia, acamados com sequelas de AVC e também muitos idosos. Ainda estamos em processo de reconhecimento da comunidade, uma vez que nossa equipe tem menos de um mês de formação. Já realizamos a reunião em equipe e enfocamos o trabalho para a comunidade, com agendamento das consultas de pré-natal e puericultura, crescimento e desenvolvimento das crianças, de doenças crônicas, consulta de atenção odontológica, atividades de prevenção e promoção e, visitas domiciliares. Estamos começando com as ações educativas, já temos o grupo de HIPERDIA, estamos trabalhando para formar o grupo de gestantes, o grupo de adolescentes, o grupo de idosos. Entretanto, nossa maior limitação para tal é a falta de espaço físico.

Existem outras dificuldades na UBS que dificultam o bom desenvolvimento do trabalho, como a demora dos resultados de exames laboratoriais e a falta de medicamentos.

As reuniões da equipe são realizadas mensalmente e assuntos como mapa de trabalho do mês, agendamentos das consultas de pré-natal, puericultura, puérperas, consulta HIPERDIA, visita domiciliar, e planificação das atividades educativas, temas de disciplina laboral, uso adequado de medicamentos e exames laboratoriais são os temas discutidos nas reuniões.

A visita domiciliar pode ser agendada pelos agentes comunitários ou pelo familiar do usuário. Esta é uma das principais atividades realizadas pelos agentes comunitários, já que tende a estabelecer um forte vínculo com a família e com os usuários para o desenvolvimento das ações. O médico realiza a visita domiciliar todas as sextas-feiras junto da técnica de enfermagem e dos agentes comunitários da área. O usuário é atendido com a mesma qualidade da consulta na unidade de saúde: é examinado, medicado, exames laboratoriais são solicitados e, se necessário, encaminhamentos aos especialistas são dados. A visita domiciliar fortalece a relação com o usuário e, com a família permitindo um melhor desenvolvimento das ações de saúde. Além disso, ajuda a conhecer a comunidade.

Um novo prédio da UBS está sendo finalizado, o que certamente irá melhorar a qualidade da equipe porque teremos sala de curativo e salas para a enfermeira e técnica de enfermagem. É uma realidade que há problemas com relação à atenção primária de saúde e na estrutura e organização das UBS.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município Currais Novos é um município situado no interior do estado Rio Grande do Norte, localizado a 172 km da capital estadual, Natal. Sua área é de 864,34 km quadrado. De acordo com o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no ano 2010 (IBGE, 2010), sua população é de 42.668 habitantes, o que classifica o município como o mais populoso de estado, e o sexto maior em área urbana. Conta com 12 UBS e 17 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Todas as Unidades Básicas de Saúde do município são tradicionais, 08 urbanas e 04 rurais. No município há a disponibilidade de dois Núcleos de Apoio à

Saúde da Família (NASF), disponibilidade de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), disponibilidade de atenção especializada de Cirurgia geral, Cardiologia, Angiologia, Dermatologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Ginecologia, Nefrologia, Neurologia, Nutrição, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psicologia, Psiquiatria, Traumatologia, Urologia. Conta ainda com uma policlínica, serviço hospitalar e tem quatro laboratórios disponíveis para a realização de exames complementares.

A UBS que atuo é urbana com o modelo de atenção de ESF que desenvolve vínculo com o SUS como centro da Rede de Atenção à Saúde do município, desenvolvendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, e constitui-se como o primeiro nível da atenção do SUS. A UBS tem vínculo com as instituições de ensino e aprendizagem apenas para o curso da área de enfermagem. Três equipes de saúde atuam na UBS. A minha equipe de saúde está formada por um médico clínico geral, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo, uma auxiliar de consultório odontológico e nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A estrutura física não é boa, já que é uma ESF adaptada. Tem paredes internas e pisos de superfície lisa, conta com um ambiente específico para recepção/arquivo de prontuários, uma sala de espera que acomoda até 45 pessoas, e uma sala de almoxarifado. Temos também três consultórios, sendo dois médicos e um odontológico (todos sem sanitário), não há consultório de enfermagem (ginecológico), uma sala de vacina, uma sala de curativo, uma farmácia, dois sanitários um para funcionário e outro para usuários que não reúne as condições necessárias para deficiente, uma copa/cozinha, depósito para material de limpeza. Com relação à estrutura física da UBS, existem deficiências que atrapalham o desenvolvimento do trabalho como a não existência de salas e locais: sala de reuniões e educação em saúde, sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, sala de esterilização, sala de nebulização, abrigo para resíduos de sólidos, depósito para o lixo não contaminado, sala para os ACS, e uma área específica para o compressor.

Nossa equipe de saúde traça estratégias para superar ou minimizar as deficiências que mais atrapalham o desenvolvimento da equipe de saúde e o bom funcionamento da UBS. Estas questões vêm criando insatisfação dos usuários e da

comunidade. Por exemplo, para resolver a situação da sala de espera que tem poucas cadeiras, estamos agendando os usuários por horário de forma que a espera seja mínima com prioridades para os usuários com limitações físicas, idosos e crianças pequenas. Os consultórios médicos quando não estão prestando assistência são utilizados para atividades de promoção a saúde, e pelos ACS para planejarem seu trabalho. Existe a necessidade de locais para a enfermeira e a técnica de enfermagem.

É preciso um transporte para realizar as visitas domiciliar quando estas são muitas longe. Para resolver esta demanda são utilizados carros próprios de alguns dos integrantes da equipe de saúde dando prioridade para os usuários mais necessitados, quando são pertos as visitas são realizadas a pé. Existem muitas dificuldades e limitações em nossa UBS, mas que precisam ser resolvidas pelos gestores sociais, gestores populares, gerência de secretaria da saúde e governo municipal para prestar um serviço de qualidade ao usuário.

Com relação às atribuições da equipe de saúde destaco como aspectos positivos o mapeamento e o reconhecimento do território sendo um passo básico para a caracterização da população realizado pela equipe de saúde identificando qual é o estado de saúde da comunidade, fatores responsáveis desse estado de saúde, traçando ações para melhorar o estado de saúde, e tendo como finalidade criar um impacto através dessas ações, avaliando as mudanças em seu estado de saúde.

Porém para alcançar seus objetivos a equipe de saúde necessita compartilhar suas ações com outros setores através de uma coordenação intersectorias já que não pode responder sozinhas as todas as necessidades da população, construindo parcerias com outros setores como educação, cultura, esporte, entidades religiosas, assistência social, secretarias de obras e serviços urbanos, organizações comunitárias com participação ativa dos usuários e a comunidade. Existem algumas atribuições que a equipe de saúde não consegue atender, como a avaliação do impacto destas limitações na atenção à saúde da população, a não realização das pequenas cirurgias/procedimentos, atendimentos de urgências/emergências por falta de insumos. Os profissionais da equipe realizam os cuidados domiciliares e levantamento dos usuários que necessitam receber este serviço.

O número de habitantes na área adstrita, segundo o Caderno de Ações Programáticas, é de 2871 pessoas. São estimadas 42 crianças menores de um ano de idade e 84 menores de 5 anos de idade, 311 usuários com 60 ou mais anos de idade, 721 mulheres na faixa etária de 25 a 69 anos de idade, 595 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão e, 170 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes.

A estrutura/tamanho da equipe é adequada para a área de abrangência, já que cada equipe de saúde deve atender uma população de no máximo 4.000 pessoas. Como pontos positivos em relação à atenção à demanda espontânea destaco o acolhimento em nossa UBS que começa com uma pequena reunião da equipe de saúde antes de começar a trabalhar para discutir e definir o modo como os diferentes profissionais participaram do acolhimento, quem vai a receber os usuários que chegam na unidade, como avaliar os riscos biológicos e a vulnerabilidade desse usuário, o que fazer de imediato, quando encaminhar ou agendar uma consulta médica. Outro ponto positivo é que a equipe de saúde conhece e utiliza a avaliação e classificação do risco biológico e vulnerabilidade social para definir o encaminhamento da demanda do usuário, considerando que é uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade. Não existe excesso de demanda de consultas dos usuários com problemas de saúde agudos que precisam de atendimento imediato para a enfermeira, o médico, ou odontólogo. Como dificuldade reconheço que a UBS não tem uma sala específica para o acolhimento do usuário devendo ser realizado na recepção.

Na UBS se realizam ações de atenção à saúde das crianças na puericultura como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção de aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal, teste do pezinho. Mantendo sempre continuidade da assistência, agendando retorno e visitas domiciliares em parceria com os ACS. Também a equipe de saúde efetua a busca ativa das crianças faltosas e promove grupos educativos mensais abertos à comunidade tendo como participantes as mães ou responsáveis. As ações de atenção à saúde da criança realizadas no serviço estão estruturadas de forma programática através de um protocolo, com um registro específico para atendimento e realização de monitoramento específicos destas ações. Na UBS existem protocolos de atendimento de puericultura utilizados pelo médico, enfermeira e pelo odontólogo para o acompanhamento integral do desenvolvimento das crianças de 0

a 72 meses, e para regular o acesso destas crianças a outros níveis do sistema de saúde.

Existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura que tem como finalidade verificar crianças faltosas, verificar os dados registrados, identificar procedimentos em atraso, crianças de risco e avaliar a qualidade do programa. Os profissionais da equipe realizam planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do programa de puericultura através de reuniões mensais com revisão de registro específico e realização de relatórios com os resultados encontrados. O CAP estima 42 crianças menores de um ano de idade para a área da UBS. Atualmente, 36 crianças nesta faixa etária estão sendo acompanhadas. Isto perfaz um percentual de cobertura de 86%. Os indicadores de qualidade da atenção à saúde das crianças evidenciam que 100% das crianças acompanhadas consultaram em dia de acordo com o protocolo do ministério da saúde e realizaram o teste do pezinho até sete dias de vida, tiveram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias da vida, foram submetidas à triagem auditiva, monitoramento de crescimento e desenvolvimento, calendário vacinal em dia, receberam avaliação de saúde bucal, orientação para aleitamento materno e para prevenção de acidentes e, ninguém teve atraso da consulta agendada em mais de sete dias. Entretanto, é preciso que uma busca ativa seja realizada na área de abrangência para a identificação de crianças que, por ventura, são acompanhadas pelo serviço particular.

A atenção às gestantes e puérperas também é realizada em nossa UBS. São realizadas ações de atenção no cuidado às gestantes como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, problemas de saúde mental, imunizações, planejamento familiar, e promoção do aleitamento materno. São realizadas também ações de promoção de hábitos alimentares saudáveis, atividade física, significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso, sobre os cuidados com o recém-nascido, sobre o risco do tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez, e revisão puerperal até os 7 dias após o parto. As ações de atenção à gestante estão estruturadas de forma programática por meio de um protocolo com um registro específico e monitoramento regular destas ações. Existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos que tem como finalidade verificar gestantes faltosas, verificar a qualidade dos dados registrados, identificar a gestante em data provável de parto,

identificar gestantes com pré-natal de risco e avaliar a qualidade do programa. São realizadas ações de planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do programa pré-natal por meio de reuniões mensais com revisão dos registros específicos e realização de relatório com os resultados encontrados. O número estimado de gestantes residentes na área, segundo o CAP, é de 43. Entretanto, temos apenas 23 gestantes acompanhadas no serviço, apresentando um percentual de 53% de cobertura do serviço. A baixa cobertura em nossa área de abrangência se deve a vários fatores como: gestantes que são acompanhadas pelo serviço particular e não são identificadas pela equipe de saúde e aquelas que permanecem desassistidas por possível falha na captação, como adolescentes grávidas. Os indicadores da qualidade de atenção pré-natal avaliados estão em um nível aceitável, já que de 23 gestantes acompanhadas, 21 (91%) iniciaram pré-natal no primeiro trimestre. Nossa equipe de saúde trabalha para a identificação precoce de todas as gestantes na comunidade para o acompanhamento precoce do pré-natal, ainda no primeiro trimestre da gravidez. É realizado o cadastro da gestante, depois de confirmada a gravidez, por intermédio do preenchimento da ficha de cadastro do SISPRÉNATAL fornecendo o cartão da gestante, acompanhamento periódico e contínuo, para assegurar seu seguimento durante toda a gestação.

Na UBS são desenvolvidas ações de atenção à prevenção do Câncer do Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama como orientações para o uso de preservativo nas relações sexuais, os malefícios do tabagismo, para a realização periódica do exame preventivo do câncer do colo de útero através da coleta de exame citopatológico e exame de mama. Também são realizadas ações, para o controle do peso corporal, estímulo à prática regular da atividade física, sobre os malefícios do consumo excessivo do uso de álcool, ações de reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer do colo do útero e mama, realização de rastreamento do câncer do colo uterino e mama, através de exame clínico de mama e mamografia. A equipe de saúde investiga os fatores de risco para o câncer em todas as mulheres que realizam ações rastreamento. As ações estão estruturadas de forma programática através de protocolos que são utilizados pelo médico e enfermeira durante a consulta e para regular o acesso a outros níveis de saúde quando seja necessário. Não possuímos um arquivo para o registro de atendimento, apenas utilizamos o livro de registro. Com relação à cobertura de prevenção do câncer de colo de útero e mama existem muitas dificuldades na UBS. A cobertura de

Prevenção do Câncer do Colo de Útero em nossa área de abrangência com relação ao caderno de ações programáticas é baixa já que de uma estimativa de 721 mulheres, apenas 341 mulheres entre 25 e 64 anos são acompanhadas na UBS representando apenas 47% de cobertura. Em relação às mulheres de 50 a 69 anos de idade, são estimadas pelo CAP para a área adstrita 215 mulheres. Atualmente, apenas 87 mulheres estão em acompanhamento, apresentando um percentual de 40% de cobertura do serviço.

Os exames preventivos são realizados pelo médico e enfermeira. Os demais profissionais da equipe trabalham na abordagem preventiva e promocional da saúde, por meio de ações educativas de acordo com o planejamento da equipe, de visitas domiciliares às mulheres com resultados alterados, e busca ativa de faltosas.

A baixa cobertura é influenciada por vários fatores, como o fator organizacional da equipe que tem a responsabilidade de desenvolver o programa; pelas mínimas condições de trabalho oferecidas à equipe de saúde, uma vez que na mesma UBS trabalham três equipes que utilizam a mesma sala para a coleta de exames; pelo baixo nível cultural da comunidade e, pelas mulheres que são acompanhadas apenas pelo serviço particular. Na UBS não existe arquivo específico para o registro dos resultados dos exames citopatológicos coletados que permita avaliar a qualidade dos programas, verificar mulheres com exames de rotina em atraso, e alterado em atraso. O médico e a enfermeira se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação assim como à avaliação e monitoramento dos programas de prevenção do câncer do colo uterino. A estratégia que vislumbramos para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado é agendá-las no programa de visita domiciliar de forma que possam ser visitadas com frequência pelos profissionais de saúde e pelos agentes comunitários.

Segundo o CAP, na área da UBS existem 595 usuários com hipertensão arterial. Atualmente estão sendo acompanhados 557 usuários, perfazendo um percentual de cobertura de 94%. Ainda segundo o CAP, são estimados 170 usuários com diabetes e, acompanhados 169 usuários, apresentando um percentual de cobertura de 99%. Em nossa UBS são realizadas ações de atenção ao hipertenso e diabético como orientações de hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal, estímulo à prática de atividade física, sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral; de saúde bucal, e a realização de atividades do programa HIPERDIA.

A UBS utiliza um protocolo para o desenvolvimento da consulta e para regular o acesso dos usuários a outros níveis do sistema de saúde, para encaminhamento e atendimento nas especialidades, para internação hospitalar e para atendimento de urgência e emergência. Há um arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com HAS e DM, que tem como finalidade verificar usuários faltosos ao retorno programado, verificar a qualidade dos registros, identificar procedimentos em atraso, identificar adultos com HAS e DM de risco, e avaliar a qualidade do programa.

Nossa UBS tem uma cobertura e indicadores de qualidade para os hipertensos e diabéticos. Existem aspectos do processo do trabalho que podem ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS e DM na UBS, como ampliar o número de dias para a consulta dos usuários com HAS e DM, já que é destinado apenas um dia na semana para o atendimento programático destes usuários.

Em relação aos idosos, o CAP estima que residam na área 311 usuários com 60 anos ou mais de idade. Atualmente estão cadastrados 309 usuários, apresentando um percentual de 99% de cobertura do serviço. Na UBS se realizam ações de atenção à saúde dos idosos como: imunizações, promoção da atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal, de saúde mental, diagnóstico e tratamento de alcoolismo, de obesidade, de sedentarismo, tabagismo, realização de cuidado domiciliar e grupos de idosos.

As ações de atenção à saúde dos idosos não estão estruturadas de forma programática já que não existe na UBS um protocolo de atenção à saúde dos idosos, como também não existe um arquivo para o registro específico de atendimento que são registrados apenas no prontuário clínico. Não há ficha de atendimento odontológico e ficha-espelho de vacinas, dificultando a monitorização e avaliação do programa, identificação de idosos faltosos ao retorno programado, consulta de acompanhamento em atraso, idosos de risco e avaliação da qualidade do programa.

Outra dificuldade no atendimento dos idosos é que não existe caderneta na UBS, sendo esta uma ferramenta valiosa que auxilia a identificação dos idosos frágeis ou em risco de fragilização. Em contrapartida, para os profissionais de saúde possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento destes usuários. A adesão dos idosos às ações de saúde é alta mostrando

melhorias na qualidade de vida, autoestima, valorização, disposição com melhor utilização do tempo livre e diminuição dos hábitos tóxicos como tabagismo e o consumo de café.

Alguns aspectos do processo de trabalho podem ser melhorados para contribuir na ampliação da cobertura e melhoria da qualidade da atenção aos idosos na UBS, como distribuição da Caderneta do Idoso como registro específico de monitoramento e acompanhamento, adotar um protocolo do programa de atendimento à saúde da pessoa idosa; adoção de um registro específico, ampliação do atendimento aos idosos, que atualmente é restrito a uma vez por semana.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

A comparação que faço com a tarefa: "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço" e este relatório, é que naquele momento apresentávamos dificuldade com a integração da equipe de saúde que estava sendo formada e pela falta de quatro ACS. Só fazia um mês da incorporação da enfermeira e técnica de enfermagem, e uma semana da incorporação do odontólogo e técnica de odontologia. Hoje a equipe está completa e com nove ACS. Não possuíamos sede própria da UBS, porém hoje estamos esperando a inauguração da nova sede, o que facilitará o trabalho de todas as equipes. Alcançamos um grau de satisfação da comunidade em relação à assistência que é oferecida.

No início do curso, a equipe falava de como organizar o trabalho e, hoje se fala dos resultados dos programas. Ainda há alguns com resultados insatisfatórios, porém são observadas melhorias. Existem outras dificuldades que precisam ser melhoradas, como o acesso a um transporte para a visita domiciliar, os resultados dos exames laboratoriais e medicamentos. Fazendo uma avaliação geral, é importante o alcance da participação da comunidade nas atividades de promoção de saúde por meio de grupos que permitam a vinculação com a equipe de saúde e com o serviço, da formação de um Conselho Local de Saúde (CLS) para avaliação e monitoramento e, participação direta da comunidade nos programas.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) que requerem acompanhamento constante, pois em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas (comorbidades), sendo necessário fortalecer o trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) para prestar uma assistência adequada aos idosos (BRASIL, 2010).

A UBS Dr. José Ferreirinha possui uma estrutura física adaptada, que atende às necessidades e demandas de atendimento. A equipe da Estratégia de Saúde da Família está formada por um médico clínico geral, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e nove Agentes Comunitários de Saúde. A população da área adstrita da ESF Dr. José Ferreirinha é de 2.871 habitantes, com 309 idosos cadastrados, representando uma cobertura de um 99% em relação ao Caderno de Ações Programáticas (CAP). Destes, 132 são homens e 177 mulheres, existindo 151 (49%) com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 56 (18%) com Diabetes Mellitus (DM).

Na UBS são realizadas ações de atenção à saúde dos idosos como: imunizações, promoção da atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal, de saúde mental, diagnóstico e tratamento de alcoolismo, de obesidade, de sedentarismo, tabagismo, realização de cuidado domiciliar e grupos de idosos. As ações de atenção à saúde dos idosos não estão estruturadas de forma programática já que não existe na UBS um protocolo de atenção à saúde dos idosos, como também não existe um arquivo para o registro específico de atendimento que são registrados apenas no prontuário clínico. Não há ficha de atendimento odontológico e ficha-espelho de vacinas, dificultando a monitorização e

avaliação do programa, identificação de idosos faltosos ao retorno programado, consulta de acompanhamento em atraso, idosos de risco e avaliação da qualidade do programa.

Outra dificuldade no atendimento dos idosos é que não existe caderneta na UBS, sendo esta uma ferramenta valiosa que auxilia a identificação dos idosos frágeis ou em risco de fragilização. Em contrapartida, para os profissionais de saúde possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento destes usuários. A adesão dos idosos às ações de saúde é alta mostrando melhorias na qualidade de vida, autoestima, valorização, disposição com melhor utilização do tempo livre e diminuição dos hábitos tóxicos como tabagismo e o consumo de café.

As principais dificuldades/limitações existentes são a realização de exames complementares periódicos em 100% dos idosos pela demora na entrega dos resultados dos exames; a falta de alguns medicamentos na farmácia popular ocasionando a mudança de tratamento ou terem que ser comprados pelos usuários ou familiares e a realização da primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Com o projeto pretendemos implantar e melhorar alguns aspectos fundamentais no processo de trabalho da equipe de ESF frente à atenção à saúde do idoso, estabelecendo protocolos de atendimento e um arquivo para registro dos dados dos usuários. Outro ponto importante será a disponibilidade e preenchimento das cadernetas para todos os idosos e desenvolvimentos de ações de Educação em Saúde e EPS com a equipe, idosos, família e comunidade, melhorando assim a qualidade da assistência ofertada. Sendo assim, diante das dificuldades existentes na UBS para a atenção a saúde da pessoa idosa do território de atuação, justifica-se a realização desta intervenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos idosos cadastrados na UBS Dr. José Ferreirinha, no município de Currais Novos/RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problema de locomoção.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/ 80mmhg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes mellitus (DM).

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar os registros das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da pessoa idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

O presente Projeto de Intervenção será desenvolvido no período de Fevereiro a Maio de 2015, na UBS Dr. José Ferreirinha no município de Currais Novos/RN, visando alcançar a meta estabelecida pelo MS. **Participarão da intervenção todas as pessoas com 60 anos ou mais, residentes na área de abrangência da UBS.**

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão no primeiro mês da intervenção uma atualização no cadastramento dos idosos, permitindo monitorar mensalmente a cobertura dos usuários com acompanhamento na unidade, e discutindo com a equipe nas reuniões mensais. Esse monitoramento mensal será realizado pelo médico.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Acolher os idosos.

Detalhamento: Toda a equipe da ESF (médico, enfermeira, dentista, técnicos de enfermagem, ACS e ASB) será responsável pelo acolhimento permanente dos idosos na UBS.

Ação: Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

Detalhamento: Os ACS estarão no primeiro mês da intervenção cadastrando todos os idosos de seu micro área de cobertura e a enfermeira realizará um consolidado do cadastro de todos os idosos da UBS. Este cadastramento será contínuo.

Ação: Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: A enfermeira da UBS estará mensalmente atualizando as informações dos idosos no SIAB.

Engajamento Público:

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira estarão realizando mensalmente atividades de EPS e Educação em Saúde que envolva a comunidade, informando sobre a importância e existência do programa de saúde do idoso, do acompanhamento periódico na UBS.

Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: A enfermeira da equipe estará criando e coordenando um programa mensal de EPS na equipe, abordando temas relativos ao acolhimento dos idosos na UBS; metodologias de busca ativa dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e sobre a Política Nacional de Humanização. Planejar diferentes temas relacionados com a atenção à saúde dos idosos os quais sejam debatidos, permitindo a trocas de experiência aproveitando como cenário a reunião da equipe.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Detalhamento: O médico realizará mensalmente o monitoramento da quantidade de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida realizada e que são acompanhados na UBS.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen).

Detalhamento: A enfermeira estará em contato permanente e mensal com a gestão municipal de saúde para garantir os recursos necessários para a aplicação da Avaliação Multidimensionais Rápida em todos os idosos cadastrados na equipe. Serão solicitadas balanças, antropômetro, tabela de Snellen e demais materiais necessários.

Ação: Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento: O médico e enfermeira realizarão reunião na primeira semana da intervenção para definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida, baseado no protocolo do Ministério da Saúde.

Engajamento Público:

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Detalhamento: Os técnicos de enfermagem e os ACS estarão realizando mensalmente atividades de EPS e Educação em Saúde que envolva a comunidade, informando sobre a importância do programa de saúde do idoso e a importância da realização das avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

Ação: Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: O médico, enfermeira e dentista estarão em cada atendimento compartilhando e orientando os usuários sobre as condutas esperadas em cada consulta para exercer o controle social dos idosos.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas

Detalhamento: O médico e a enfermeira estarão implantando um programa de EPS para capacitar mensalmente os profissionais da equipe multidisciplinar para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo do MS adotada na UBS. O médico na segunda semana da intervenção estará treinando a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e treinando a enfermeira e dentista para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira estarão mensalmente monitorando e avaliando a quantidades de idosos com exame clínico apropriado na UBS.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: O médico e enfermeira realizarão reunião na primeira semana da intervenção para definir as atribuições de cada profissional da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos, baseado no protocolo do Ministério da Saúde.

Ação: Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Detalhamento: Os ACS estarão semanalmente realizando busca ativa dos idosos de suas micro áreas que não realizarão exame clínico apropriado, através de uma lista de informações repassadas pela enfermeira.

Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente organizando a agenda de atendimentos da equipe para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares realizadas pelos ACS.

Ação: Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: O médico estará realizando contato no primeiro mês da intervenção com a gestão municipal de saúde para garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Engajamento Público:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: O médico e enfermeira estarão orientando os usuários e a comunidade sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas, reforçando a importância do acompanhamento periódico do idoso na UBS, assim com o comprometimento de todos poderá realiza-se o exame clínico apropriado.

Essas atividades serão realizadas em momentos de Educação em Saúde na UBS e em locais comunitários.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: O médico estará no segundo mês da intervenção capacitando a equipe para a realização do exame clínico apropriado e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Serão planejados diferentes temas relacionados com o exame clínico apropriado dos idosos hipertensos e diabéticos, que serão oferecidos em cada reunião da equipe em forma de conversa e troca de experiências. Também serão planejados temas relacionados com o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, oferecido na reunião da equipe.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação:

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente monitorando o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados, os quais devem ser realizados cada três meses e com exames laboratoriais realizados de acordo a periodicidade recomendada pelo protocolo do MS.

Organização e gestão do serviço:

Ação:

Garantir a solicitação dos exames complementares

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: O médico e a enfermeira estarão no primeiro mês da intervenção em contato com a gestão municipal de saúde visando a garantia da

disponibilidade de e agilidade na realização dos exames complementares de acordo com as solicitações/prescrições médicas.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: A enfermeira estará estabelecendo caderno de controle na UBS para identificar a não realização dos exames complementares preconizados. A técnica de enfermagem semanalmente estará realizando o controle e alerta da não realização dos exames pelos idosos cadastrados na UBS.

Engajamento Público:

Ação:

Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: A enfermeira estará orientando permanentemente os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares pelos idosos e a periodicidade com que esses exames complementares devem ser realizados.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: O médico estará realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação para a equipe sobre o protocolo de Saúde do Idoso adotado na UBS, visando a orientação correta sobre a solicitação de exames complementares.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão o monitoramento nos prontuários clínicos dos medicamentos utilizados pelos usuários para conhecer se são adquiridos na farmácia popular, com uma periodicidade mensal.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: A técnica de enfermagem da UBS estará realizando mensalmente o controle de estoque de medicamentos disponíveis na unidade, além de avaliar a sua validade.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará realizando o controle em um caderno do registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS. Esse controle será realizado mensalmente e repassado pela enfermeira para a gestão municipal de saúde.

Engajamento Público:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso

Detalhamento: O médico e enfermeira estarão explicando em palestras, consultas médicas e Visitas Domiciliares (VD) o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e a possíveis alternativas para obter este acesso, orientado pela equipe de saúde.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: O médico estará realizando uma atividade de EPS no terceiro mês da intervenção para a enfermeira e dentista da equipe sobre a atualização no tratamento da hipertensão e/ou diabetes. Será realizada também uma capacitação para todos os profissionais da equipe sobre as orientações a serem fornecidas aos usuários sobre as alternativas de acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: Os ACS estarão realizando no primeiro mês da intervenção o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção do território e repassando o consolidado dos dados para a técnica de enfermagem que estará monitorando mensalmente.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará realizando através do consolidado repassado pelos ACS o registro mensal dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Engajamento Público:

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Os ACS e a técnica de enfermagem estarão mensalmente informando a comunidade sobre a existência do programa de atenção ao idoso da UBS, orientando sobre a participação da comunidade, por meio de palestras sobre a importância do acompanhamento periódico dos idosos acamados ou com problemas de locomoção na unidade de saúde e assim como a aceitação e comprometimento de todos poderem trabalhar com este grupo de usuário.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: A enfermeira no primeiro mês da intervenção estará capacitando os ACS para realizarem o cadastramento correto dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Através das VD realizadas pelo médico e enfermeira da equipe, a técnica de enfermagem estará realizando semanalmente o monitoramento da realização das VD para os idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: A enfermeira estará organizando mensalmente a agenda de atendimentos da equipe, incluindo VD do médico, enfermeira, dentista e técnicos aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Engajamento Público:

Ação:

Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Os ACS estarão permanentemente orientando a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar a VD para a equipe e sobre a disponibilidade de dias para o médico, enfermeira, dentista e técnicos estarem realizando essa atividade.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: A enfermeira estará capacitando no primeiro mês da intervenção os ACS sobre o cadastramento, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Serão abordados também o reconhecimento de casos que necessitam de visita domiciliar (critérios de prioridade e planejamento da VD).

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: O médico estará mensalmente monitorando a quantidades de idosos submetidos a rastreamento para HAS que são acompanhados na UBS, através da avaliação dos prontuários, fichas espelho e planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Detalhamento: A equipe da ESF estará realizando ações de EPS sobre a humanização do atendimento e o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira estarão realizando no primeiro mês da intervenção um contato com o gestor municipal de saúde para garantir material adequado para a mensuração da Pressão Arterial (PA) na UBS.

Engajamento Público:

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará realizando mensalmente atividade de educação em saúde na comunidade e na UBS informando sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente realizando atividades de educação em saúde para orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: A enfermeira estará realizando no primeiro mês da intervenção um treinamento com o médico, técnica de enfermagem, dentista e ASB sobre a técnica correta para a verificação da PA, incluindo o uso adequado do manguito.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: O médico e a enfermeira estarão monitorando o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg submetidos a rastreamento para DM mensalmente, com apoio da equipe de saúde.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Detalhamento: A equipe da ESF estará realizando ações de EPS sobre a humanização do atendimento e o acolhimento para os idosos portadores de DM.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira estarão realizando no primeiro mês da intervenção um contato com o gestor municipal de saúde para garantir material adequado para a realização do hemoglicoteste na UBS.

Ação: Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste

Detalhamento: A enfermeira estará criando no primeiro mês da intervenção um sistema de alerta na ficha de acompanhamento através de uma bolinha laranja que indica que o idoso provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Engajamento Público:

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará realizando mensalmente atividade de educação em saúde na comunidade e na UBS informando sobre a importância da realização do rastreamento para DM em idosos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial.

Ação: Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente realizando atividades de educação em saúde para orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do DM.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: A enfermeira estará realizando no primeiro mês da intervenção um treinamento com o médico, técnica de enfermagem, dentista e ASB sobre a técnica correta para a realização do hemoglicoteste em idosos.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: O dentista estará mensalmente monitorando a avaliação da necessidade de tratamento odontológico pelos idosos cadastrados na UBS. A ASB estará realizando o monitoramento quinzenal nos prontuários clínicos e nos cadernos de registro de atenção odontológicas dos idosos se está sendo realizada a avaliação da necessidade de tratamento odontológico.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: O dentista e a ACS estarão realizando permanentemente o acolhimento dos idosos na UBS.

Ação: Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: O dentista e a ASB estarão no primeiro mês da intervenção em parceria com os ACS realizando o cadastramento dos idosos na SB na UBS.

Ação: Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: O dentista e a ASB estarão no primeiro mês da intervenção realizando a organização para oferecer atendimento prioritário aos idosos na UBS.

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: O dentista mensalmente estará organizando a agenda de SB para atendimento dos idosos cadastrados na UBS.

Engajamento Público:

Ação: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento: O dentista e a ASB estarão permanentemente informando a comunidade sobre a importância de avaliar a SB dos idosos. O médico e a enfermeira aproveitarão as consultas clínicas, palestras e VD para orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade da atenção odontológica na UBS.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Detalhamento: O dentista estará realizando na terceira semana da intervenção uma capacitação para os profissionais da equipe conforme protocolo adotado na UBS para identificação de avaliação odontológica a cada idoso e necessidade de tratamento odontológico.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.
Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: O dentista estará realizando o monitoramento mensal do número de idosos cadastrados na UBS e em acompanhamento odontológico, através do levantamento dos dados dos prontuários odontológicos.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

Detalhamento: O dentista e ASB estarão organizando permanentemente o acolhimento dos idosos na UBS.

Ação: Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

Detalhamento: O dentista estará monitorando mensalmente a utilização do serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

Ação: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

Detalhamento: O dentista estará organizando mensalmente a agenda de SB para atendimento dos idosos cadastrados na UBS.

Ação: Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

Detalhamento: O dentista e ASB estarão oferecendo atendimento prioritário nas ações de SB para os idosos na UBS.

Engajamento Público:

Ação:

Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Detalhamento: O dentista e ASB estarão realizando mensalmente atividades de educação em saúde na UBS e comunidade, informando sobre o atendimento odontológico prioritário para os idosos, da importância da saúde geral, além das facilidades oferecidas para o atendimento ao idoso na UBS. Serão focadas também as orientações sobre a realização de exames bucais nos idosos.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: O dentista e ASB estarão em contato com a comunidade mensalmente, ouvindo suas demandas e estratégias para captação de idosos para o acompanhamento em SB na UBS.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

Capacitar os ACS para captação de idosos.

Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: O dentista estará capacitando no primeiro mês a ASB sobre o acolhimento dos idosos, a forma correta de cadastramento e identificação do idoso. Serão capacitados também o enfermeiro, médico e ACS para o encaminhamento de idosos para os serviços odontológicos. Os ACS serão informados sobre a captação de idosos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento e avaliação serão realizados pelo médico e enfermeira mensalmente através da avaliação dos prontuários, ficha espelho,

planilha de coleta dos dados, contendo informações sobre as consultas previstas e o atendimento dos idosos na UBS.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: A enfermeira estará organizando e programando VD mensal para a busca ativa dos idosos faltosos aos atendimentos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A enfermeira da UBS estará organizando mensalmente a agenda de atendimento da equipe, disponibilizando vagas de consultas para acolher os idosos provenientes das buscas ativas das VD.

Engajamento Público:

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: A técnica de enfermagem, ASB e os ACS estarão permanentemente informando a comunidade sobre a importância da realização de consultas em saúde do idoso.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: O médico estará mensalmente reunindo com a comunidade para ouvir suas demandas e motivos para a ausência às atividades do programa de saúde do idoso e assim traçar estratégias para não ocorrer evasão dos idosos.

Ação: Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: A enfermeira mensalmente nas atividades de educação em saúde com a comunidade estará abordando com os idosos o calendário/periodicidade preconizada para a realização das consultas em saúde do idoso, assim com o apoio de todos poderemos trabalhar com este grupo de usuários.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: A enfermeira no segundo mês da intervenção estará treinando os ACS para orientarem os idosos em relação a importância da realização

das consultas e a periodicidade. Essas orientações serão repassadas pelos ACS durante as VD.

Ação: Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: No primeiro mês da intervenção o médico e a enfermeira estarão definindo com a equipe a periodicidade de dois em dois meses para realizarem as consultas aos idosos.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Detalhamento: O monitoramento do registro será realizado pelo médico e enfermeira da equipe semanalmente para evitar perda de informações no acompanhamento dos idosos, quinzenalmente realizar uma reunião com os agentes comunitários para analisar os indicadores dos idosos por micro- área.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: A enfermeira mensalmente estará atualizando as informações registradas no SIAB, logo após as reuniões de produção mensal da equipe de ESF realizada no final de cada mês.

Ação: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira estarão implantando a planilha disponibilizada pelo curso de especialização e a ficha espelho específica para o acompanhamento dos atendimentos dos idosos. Essa implantação será realizada no primeiro mês da intervenção.

Ação:

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O médico da equipe no primeiro mês estará pactuando com a equipe o registro das informações, ficando responsável para essa atividade a enfermeira, médico e dentista. Os responsáveis pelo monitoramento do registro dessas informações serão a enfermeira e técnica de enfermagem.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento: O Médico e a enfermeira são responsáveis de manter as informações do SIAB atualizada e implantar planilha/registro específica de acompanhamento dos atendimentos aos idosos, as quais serão revisadas quinzenalmente. Também exigir aos agentes comunitários o registro das informações semanal. Assim manter organizado um sistema de registro que viabilize situações de alerta, sendo revisado semanalmente.

Engajamento Público:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Permanentemente nas orientações prestadas durante à consultas e VD a equipe multidisciplinar estará esclarecendo os usuários e a comunidade sobre o direito de manutenção dos registros de saúde na UBS.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: Todos os integrantes da equipe serão capacitados na primeira semana de intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe com relação ao correto preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: Os registros da caderneta sejam monitorizados pelo médico e a enfermeira quinzenalmente, com o apoio dos ACS.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Detalhamento: O médico e a enfermeira agendarão na primeira semana da intervenção uma reunião com o gestor municipal de saúde para solicitar a

disponibilização da caderneta de saúde da pessoa idosa, solicitando uma data da resposta do gestor.

Engajamento Público:

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: A equipe multidisciplinar estará permanentemente orientando os idosos, familiares e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção, através das palestras, na consulta e VD.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: A enfermeira no primeiro mês da intervenção estará capacitando à equipe da ESF sobre a importância do preenchimento correto da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamento: A monitorização e avaliação serão realizadas pelo médico e a enfermeira. Será realizada reunião mensal entre os profissionais da equipe de saúde para avaliar o número de idosos com risco de morbimortalidade.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: A equipe de saúde se reunirá mensalmente para determinar os idosos de maior risco de morbimortalidade para dar prioridade nas consultas e avaliar a possibilidade de ser referido a outros níveis de atenção de ser necessário.

Engajamento Público:

Ação: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Detalhamento: A equipe permanentemente estará orientando os idosos e familiares na consulta e V.D sobre seu nível de risco e sobre seu acompanhamento mais frequente a unidade quando são classificados como alto risco.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento: O médico no segundo mês da intervenção estará capacitando os profissionais da equipe sobre identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: A monitorização do número dos idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice será realizada pelo médico e a enfermeira, através de reunião mensal entre os profissionais da equipe para avaliar o número dos idosos com risco de fragilização na velhice.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Priorizar o atendimento aos idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: A equipe de saúde se reunirá mensalmente para determinar o número de idosos com risco de fragilização na velhice para dar prioridade na consulta.

Engajamento Público:

Ação: Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Detalhamento: A técnica de enfermagem mensalmente estará orientando a comunidade, familiares e os idosos fragilizados sobre a importância do acompanhamento mais frequente a unidade de saúde, através de palestras, na consulta e visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: O médico estará capacitando os profissionais da equipe no segundo mês para a identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Monitoramento e avaliação

Ação:

Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: O médico realizará mensalmente a avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS. Mensalmente se realizará reunião entre os profissionais da equipe para a monitorização do idoso com rede social deficiente.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: O médico em parceria com a técnica de enfermagem e os agentes comunitários de saúde trabalhará no agendamento dos idosos com rede social deficiente com prioridade para os mesmos, realizando-se visita domiciliar todas as semanas.

Engajamento Público:

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

Detalhamento: A técnica de enfermagem permanentemente estará orientando na UBS e comunidade os idosos sobre como acessar o atendimento prioritário na UBS.

Ação: Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente estimulando na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa, buscando apoio e parcerias intersetoriais de igrejas, escolas, associações, estabelecendo uma rede de apoio social no território. Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira estarão no segundo mês realizando uma capacitação com a equipe sobre avaliação da rede social dos idosos.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira, em parceria com os ACS realizarão a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.

Ação: Monitorar o número de idosos com obesidade/desnutrição.

Detalhamento: Mensalmente a técnica de enfermagem estará realizando o monitoramento do número de idosos com obesidade/desnutrição, com o apoio da enfermeira.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: O médico e enfermeira realizarão reunião na primeira semana da intervenção para definir as atribuições de cada profissional da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis nas consultas e VD.

Engajamento Público:

Ação: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: A enfermeira estará realizando mensalmente atividade de educação em saúde com os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis. Nessa atividade será convidada a nutricionista do município para dar suporte.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Durante os primeiros quinze dias da intervenção se capacitará a equipe para promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os Dez passos para alimentação saudável, também será capacitado sobre orientação nutricional para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira estarão monitorando a realização de orientação de atividades física regular para todos os idosos.

Ação: Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

Detalhamento: Mensalmente os profissionais da equipe realizarão o monitoramento do número de idosos que realizam atividade física regular.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

Detalhamento: O médico e enfermeira realizarão reunião na primeira semana da intervenção para definir as atribuições de cada profissional da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

Ação: Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: O médico estará convidando o gestor municipal de saúde para uma reunião no primeiro mês da intervenção para solicitar parcerias institucionais para a prática de atividade física, com a disponibilidade de um educador físico para o acompanhamento dos idosos.

Engajamento Público:

Ação: Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Orientar aos idosos, familiares e a comunidade para a realização de atividade física regular através de palestras, nas consultas e a visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento: O médico estará no segundo mês da intervenção realizando uma capacitação para a equipe da ESF visando a orientação dos idosos sobre a realização de atividades física regular.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: O dentista estará realizando mensalmente a avaliação dos registros para o monitoramento das atividades educativas individuais de SB.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Ocupar uma parte do atendimento para fornecer todas as orientações necessárias aos idosos e familiares sobre saúde bucal, doenças bucais e medidas higiênicas da boca.

Engajamento Público:

Ação: Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: A ASB e o dentista estarão permanentemente realizando orientações na consulta, a sala de espera e visitas domiciliares aos idosos, familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias, assim como palestras dirigida a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: O dentista e a ABS estará realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação para a equipe da ESF, explicando sobre as principais orientações sobre higiene bucal e prótese aos idosos.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de idosos com exame clínico em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

Indicador 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7: Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Numerador: Número de idosos com medida de pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idoso com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar os registros das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Numerador: Número de fichas de acompanhamento / espelho com registro atualizado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2: Proporção de idosos com caderneta de saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde do Idoso a equipe estará adotando o Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Utilizaremos o prontuário preenchido no atendimento periódico dos usuários e a ficha espelho, ambos disponíveis no município. Os profissionais da equipe farão contato com o gestor municipal e coordenador da Atenção Primária a Saúde (APS) para disponibilizar as fichas-espelho necessárias e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho de cada usuário. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados, disponibilizada pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro dos idosos identificando todos os usuários que vieram ao serviço e foram atendidos nos últimos três meses na consulta de atenção a saúde do idoso. Posteriormente se localizará os prontuários desses usuários e será transcrito todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo será realizado o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais atrasados e Avaliação Multidimensional Rápida em atraso.

Semanalmente o médico examinará as fichas espelho dos idosos no arquivo das fichas, identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou avaliação multidimensional rápida em atraso. Os ACS farão a busca ativa de todos os idosos em atraso, estimam-se 15 idosos por semana totalizando 60 idosos por mês.

Ao realizar a busca já será agendado para o idoso um horário de sua conveniência para a consulta na UBS. Além disso, o ACS procurará informações sobre o uso ou não do tratamento, especialmente nos casos de hipertensos e diabéticos. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Será registrada na ficha complementar se foram oferecidas as orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, prática regular de atividades física e higiene bucal.

O acolhimento dos idosos que procurarem o serviço será realizado por todos os membros da equipe e a triagem pela técnica de enfermagem no local para a recepção dos usuários da UBS. Todos os idosos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para ampliar a captação. Os idosos que buscarem consultas de rotina terão prioridade no agendamento para o próximo atendimento.

Para acolher a demanda do idoso por problemas agudos não será necessário alterar a organização da agenda, pois serão priorizados nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os idosos provenientes da busca ativa serão reservadas 15 consultas por semana para os mesmos.

As VD para realizar as buscas dos idosos faltosos serão realizadas pelos ACS, e será disponibilizado horário na agenda para o atendimento dos idosos provenientes destas buscas, a organização da agenda será realizada pela enfermeira da equipe.

Será solicitada ao gestor municipal a compra dos medicamentos para os idosos e especificamente dos hipertensos e diabéticos, e conforme a necessidade. Também será realizado pela enfermeira o controle da validade dos medicamentos mensalmente.

Será organizado com o dentista da equipe para que sejam disponibilizadas dez consultas para os idosos por semana, e que tanto médico como a enfermeira irão a realizar a avaliação dos usuários que precisarem deste atendimento.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da saúde da UBS. Assim, a intervenção terá início com a

capacitação sobre o Caderno de atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos idosos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do caderno e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Será necessário adquirir junto ao gestor duas mesas, 12 cadeiras, uma tela, um marcador de tela e um apagador, além do Caderno de Atenção básica impresso na UBS.

Todas as capacitações que serão realizadas na UBS terão o médico e a enfermeira como facilitadores e será utilizado o horário da reunião da equipe semanal, sendo programadas quatro capacitações durante a intervenção. O médico terá a responsabilidade de fazer a lista de frequência dos profissionais, para que seja realizada a avaliação de quem participou das capacitações.

Uma das capacitações que são fundamentais para a equipe atingir a meta de qualidade corresponde à atenção a saúde bucal e será realizada pelo dentista da equipe, abordando a avaliação dos usuários quanto à necessidade de tratamento odontológico. Essa capacitação ocorrerá na primeira semana de intervenção, para que os profissionais já tenham condições de avaliar essas condições.

A equipe fará contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade da área de abrangência e apresentaremos a intervenção esclarecendo a importância da realização para a saúde dos idosos. Solicitaremos apoio da comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional, informando à comunidade e aos usuários com relação ao atendimento das pessoas idosas, as vantagens, os riscos e as necessidades dos mesmos.

As atividades educativas programadas durante a intervenção serão realizadas na igreja perto a UBS, já que não temos sala apropriada para este tipo de atividade em nossa UBS. Faremos contato na primeira semana da intervenção com o responsável da igreja para combinar as datas que iremos utilizar a mesma. Realizaremos quatro atividades coletivas para a comunidade, sendo uma por mês nas quais serão discutidos temas importantes sobre como ocorrerá o programa de saúde ao idoso na UBS e a vantagens de realizar o acompanhamento na mesma, bem como orientações para prevenção e promoção da saúde.

[illegible]

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Começamos a intervenção no dia 13 de março deste ano com muitas expectativas, com a ideia de que nosso maior objetivo era melhorar a qualidade do atendimento das pessoas idosas. Conscientes de que apareceriam muitas dificuldades e que necessitaríamos modificar algumas das estratégias já estabelecidas com anterioridade na UBS. Começamos conscientes também de que nem todos os profissionais da equipe estavam identificados de igual maneira com a estratégia e que alguns deles achavam que faríamos mais trabalho do que o de costume.

Iniciamos seguindo um planejamento de ações a realizar-se semanalmente segundo o cronograma de trabalho para a investigação, começando pela Capacitação dos profissionais da unidade de saúde de acordo com o Caderno de Atenção Básica do Ministério. Treinamento da equipe para realizar diagnósticos das principais doenças das pessoas idosas assim como o preenchimento do prontuário e ficha espelho. Capacitação dos ACS para a realização da busca ativa de idosos faltosos assim como aqueles que não faziam acompanhamento na UBS e na realização de ações de promoção de saúde. Também capacitamos a equipe para a aplicação de Avaliação Multidimensional Rápida e realização de exames clínico apropriado, assim como a identificação de sistema de alerta nestes exames. E estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática para deixar tudo organizado para o início da intervenção.

Essas ações foram realizadas sem dificuldades esclarecendo muitas dúvidas que os profissionais tivessem relacionadas com a atenção à pessoa idosa e identificando alguns erros cometidos no atendimento por desconhecimento do protocolo estabelecido pelo Ministério de Saúde. Com essas ações apareceram

muitas facilidades, o trabalho organizado e melhor sistematizado. Entretanto também foram identificadas muitas dificuldades, como a mentalidade dos profissionais envolvidos na intervenção em relação ao acolhimento e desempenho profissional. Aos poucos fomos resolvendo essas limitações e nos acostumamos ao novo método de trabalho na UBS.

Além das ações anteriores, a ficha-espelho foi adotada como registro específico e a caderneta de saúde foi distribuída. Organizamos um arquivo específico para colocar as fichas-espelho dos idosos. Iniciamos os acolhimentos de todas as pessoas idosas que compareceram na UBS e o atendimento clínico desses usuários. Avaliamos os idosos que foram identificados com risco nas fichas-espelho e encaminhamos aos serviços especializados quando necessário. Garantimos os medicamentos da farmácia popular a todos os usuários idosos. Realizamos o recadastramento de todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção, assim como as visitas domiciliares aos idosos.

Durante os atendimentos aos usuários esclarecíamos as dúvidas sobre seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário. A dentista da equipe organizou agenda de saúde bucal em conjunto com os demais profissionais da equipe para o atendimento das pessoas idosas.

Contatamos com os gestores da secretaria municipal de saúde (SMS) do município, líderes e membros comunitários em quatro lugares para falar sobre a importância da atenção à saúde da pessoa idosa solicitando o apoio para a estratégia que estava sendo implementada. Estes nos apoiaram garantindo a realização dos exames complementares nos casos dos hipertensos e diabéticos, os medicamentos da farmácia popular e o transporte para as visitas dos usuários acamados ou com problemas de locomoção. Recebemos o apoio dos líderes comunitários na busca ativa das pessoas idosas faltosas às consultas e aqueles usuários que não faziam acompanhamento na UBS. Outras atividades foram desenvolvidas desde o início, como agendamentos de locais para reuniões com a comunidade.

Estabelecemos o grupo de idosos na terceira semana da intervenção que foi subdividido em quatro subgrupos para facilitar o trabalho. O objetivo principal foi cumprido ao realizar a atividade de promoção de saúde sobre uma alimentação saudável, importância de exercícios físicos, os riscos do tabagismo e o consumo de

álcool, oferecida pelos profissionais da equipe. Foram realizadas várias palestras sobre visita domiciliar e cuidados dos idosos acamados ou com problemas de locomoção pela técnica de enfermagem, diabetes mellitus desenvolvida pelo médico da equipe, e hipertensão arterial por uma idosa da comunidade facilitando a troca de ideias entre eles. Foi realizada uma caminhada com os idosos ao museu da cidade. Também estas atividades de promoção de saúde foram compartilhadas com a comunidade, usuários acompanhados em consultas, visitas domiciliares e familiares.

Aproveitamos os espaços das reuniões da equipe e das reuniões com os ACS que estavam planejadas e monitoramos a cobertura dos idosos.

Dentro das ações planejadas que não foram realizadas integralmente foi o encontro dos idosos com uma nutricionista para conversar sobre as facilidades e dificuldades de hábitos alimentares. Estava planejada para a quinta-feira da quarta semana. Esta atividade foi coordenada com o NASF, mas a nutricionista não pode estar presente. Sendo assim, os profissionais da equipe, enfermeira e médico, falaram sobre o tema.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A única atividade que não foi cumprida foi o encontro do grupo de idosos com o professor de educação física para conversar sobre a importância do exercício físico. Foi planejada para a quinta-feira da 12ª semana. Esta atividade não foi realizada em função do feriado municipal.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não foram apresentadas dificuldades na coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção, pois sempre que surgiam as dúvidas, o orientador estava atento e com presteza para sanar as demandas, principalmente no preenchimento da planilha de coleta de dados e na geração dos gráficos e percentuais esperados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Com relação à análise da incorporação das ações previstas na intervenção à rotina do serviço, no início foi difícil porque requeria mudar um comportamento habitual adquirido há muitos anos. Não só pelos profissionais da equipe, como também pelos demais usuários que reclamavam pelo tempo das consultas com as pessoas idosas e pela preferência deste grupo etário no acolhimento e atendimento. Com empenho diário de todos os profissionais foi possível mudar essas ações e adequá-las a nosso atuar no dia-a-dia melhorando o acolhimento, atendimento e seguimento destas pessoas.

A intervenção foi incorporada à rotina do serviço devendo melhorar alguns aspectos, como o atendimento de odontologia já que nossa dentista não trabalha em nossa UBS, e sim em outra unidade, compartilhando o consultório odontológico com duas equipes mais dificultando a atenção a população e em específico aos idosos. Outro aspecto a melhorar é a estabilidade do transporte para a realização de visitas domiciliares a usuários acamados ou com problema de locomoção.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção estava inicialmente programada para ser desenvolvida em 16 semanas, porém foi modificada para 12 semanas, conforme orientação da coordenação do curso de especialização, devido às particularidades da turma do Programa Mais Médicos.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso na Unidade de saúde.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

No primeiro mês, 85 (27,3%) idosos foram cadastrados, no segundo mês 177 (56,9%) idosos foram cadastrados e, no terceiro mês 264 (84,9%) idosos foram acompanhados (Figura 1). Não atingimos a meta estabelecida apesar do trabalho realizado pelos profissionais da equipe. Como fator negativo deve-se ressaltar a redução do tempo de intervenção para 12 semanas. Entretanto, como a intervenção foi incorporada à rotina da UBS, iremos continuar a atenção aos idosos.

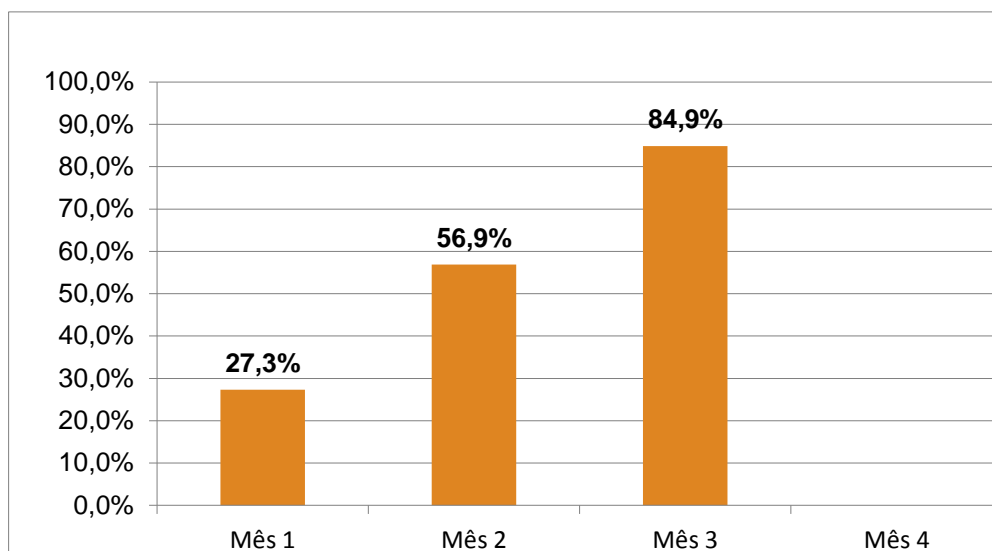


Figura 1. Gráfico de Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Fonte: Planilha coleta de dados, 2015, UFPel.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Durante os três meses de intervenção, todos os idosos foram submetidos à avaliação multidimensional rápida. No primeiro mês, foram 85 (100%) idosos, no segundo mês foram 177 (100%) idosos e, no final da intervenção foram 264 (100%) idosos. Isto foi devido o controle do preenchimento adequado da ficha-espelho, da capacitação e treinamento da equipe e também pelos gestores municipais que garantiram os recursos necessários para a aplicação da avaliação multidimensional rápida a todos os idosos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Todos os idosos foram submetidos a exame clínico apropriado nos três meses da intervenção, ou seja, no primeiro mês foram 85 (100%) idosos, no segundo mês foram 177 (100%) idosos e, no final da intervenção foram 264 (100%)

idosos. A meta alcançada com êxito foi devido ao preenchimento adequado da ficha-espelho dos idosos, pela implantação de estratégias de trabalho, planejamento da agenda e capacitação dos profissionais. Além disso, a gestão municipal de saúde garantiu a referência e contra referência daqueles usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Todos os idosos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela equipe tiveram a solicitação dos exames complementares periódicos de acordo com o protocolo. No primeiro mês foram 85 (100%) idosos, no segundo mês foram 177 (100%) idosos e, no final da intervenção foram 264 (100%) idosos. A meta alcançada foi atingida em função do planejamento juntos aos profissionais do laboratório da policlínica do município, laboratório do hospital municipal e as vagas oferecidas pelas clínicas particulares em convênio com a secretaria de saúde, assim como o controle adequado da ficha espelho dos idosos.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Durante a intervenção, todos os idosos acompanhados receberam a prescrição de medicamentos da farmácia popular de acordo com o protocolo, ou seja, no primeiro mês foram 85 (100%) idosos, no segundo mês foram 177 (100%) idosos e, no final da intervenção foram 264 (100%) idosos. A meta alcançada ocorreu em função do planejamento junto aos gestores municipais e sua ajuda brindada na estratégia. Assim como pelo controle de preenchimento adequado da ficha espelho dos idosos.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Durante a intervenção, 100% dos idosos acamados ou com problema de locomoção foram cadastrados. No primeiro mês, foram cadastrados 10 (34,5%) idosos, no segundo mês 19 (65,5%) idosos foram cadastrados e, no terceiro mês foram 29 (100%) idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. A meta foi alcançada pelo planejamento das ações que permitiram o cadastramento dos idosos pelos ACS, pela capacitação da equipe, pelo contato com as lideranças comunitárias, e pelo preenchimento adequado da ficha-espelho e do prontuário.

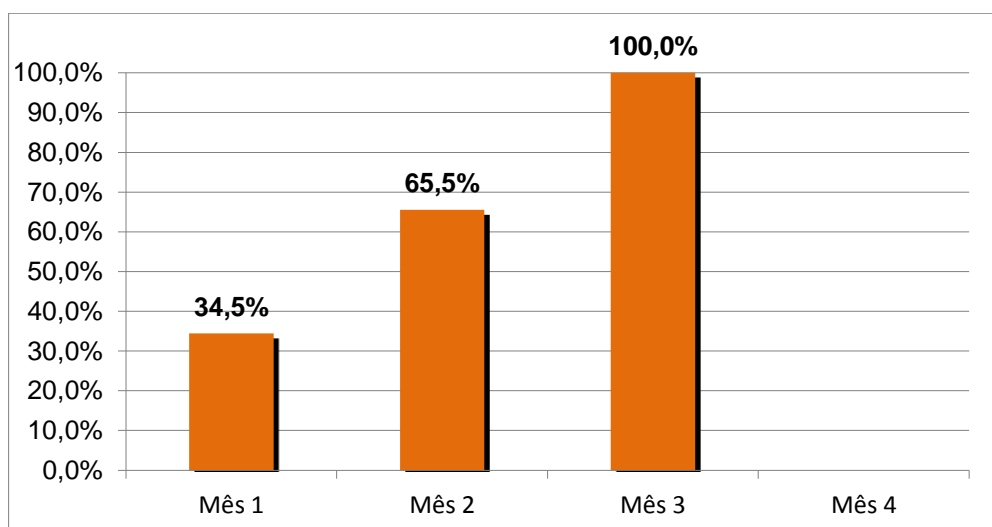


Figura 2. Gráfico da proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Fonte: Planilha coleta de dados, 2015, UFPel.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Durante a intervenção, todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção receberam visita domiciliar, logo este indicador permaneceu em 100% durante os três meses da intervenção.

100% dos usuários acamados ou com problemas de locomoção que foram cadastrados receberam visitas domiciliar. No primeiro mês, 10 (100%) idosos

receberam visita domiciliar, no segundo mês foram 19 (100%) idosos e, no terceiro mês foram 29 (100%) idosos acamados ou com problemas de locomoção que receberam a busca ativa. A meta alcançada foi pela capacitação dos ACS, organizada pela enfermeira, pelo planejamento junto aos gestores municipais, pelos líderes comunitários e sua ajuda oferecida na estratégia, bem como pelo controle do preenchimento adequado da ficha espelho e o prontuário.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Todos os usuários tiveram a sua pressão arterial aferida durante os três meses da intervenção. Logo, este indicador permaneceu em 100% nos três meses. A meta alcançada foi devido à capacitação da equipe de saúde para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Aos gestores municipais que garantiram o material adequado para a tomada da pressão arterial e sua ajuda brindada na estratégia, também através da avaliação dos prontuários e do controle do preenchimento adequado da ficha-espelho dos idosos.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Todos os usuários idosos hipertensos acompanhados foram rastreados para diabetes durante os três meses da intervenção. Este indicador permaneceu em 100% durante os três meses da intervenção. A meta foi alcançada por meio da capacitação da equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com

pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica no primeiro mês da intervenção. Os gestores municipais auxiliaram por meio da garantia do material adequado para a realização do hemoglicoteste na UBS, assim como pelo controle do preenchimento adequado da ficha-espelho.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Todos os idosos foram avaliados quanto às necessidades de atendimento odontológico de acordo com o protocolo. No primeiro mês foram 85 (100%) idosos avaliados, 177 (100%) idosos no segundo mês e, 264 (100%) idosos no terceiro mês. A capacitação oferecida pela dentista para os profissionais da equipe conforme protocolo adotado na UBS para identificação de avaliação odontológica a cada idoso e necessidade de tratamento odontológico no primeiro mês da intervenção foi a grande responsável pela meta alcançada. Além disso, o planejamento da odontóloga juntos aos demais profissionais e as vagas prioritárias para essas pessoas também facilitaram ações relacionadas à saúde bucal.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

No primeiro mês da intervenção, 45 (52,9%) idosos realizaram a consulta odontológica, no segundo mês foram 96 (54,2%) idosos e, no terceiro mês foram 147 (55,7%) idosos com consulta odontológica. A meta não alcançada se deve ao fato de que a odontóloga da nossa equipe compartilha um mesmo consultório odontológico com outras duas equipes e, por isso, foi difícil atender todos os usuários. Entretanto, houve uma melhora do indicador em função do acolhimento realizado pelos profissionais e, encaminhamento para o atendimento odontológico. Além disso, a equipe foi capacitada para o acolhimento, pelo preenchimento das

vagas oferecidas pela odontóloga em parceria com os demais profissionais da equipe, assim como pelo controle do preenchimento adequado da ficha espelho dos idosos.

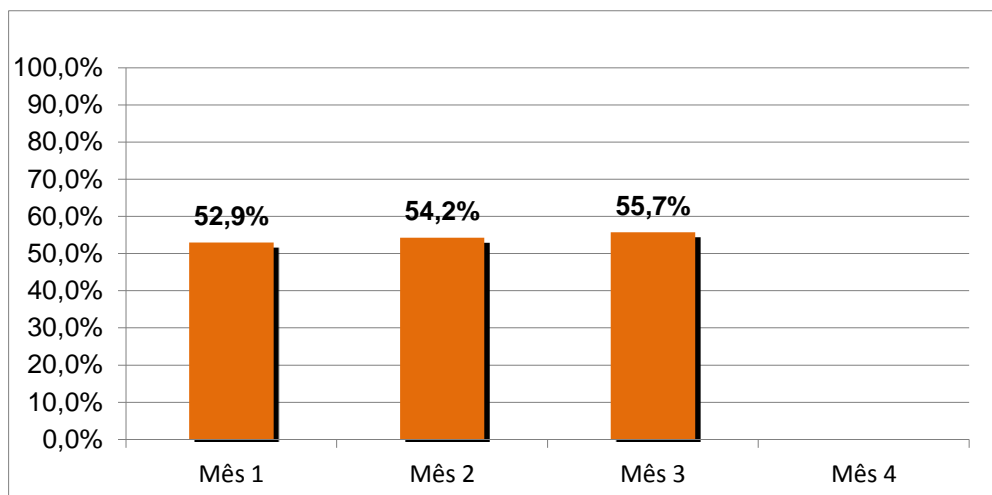


Figura 3. Gráfico da proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.
Fonte: Planilha coleta de dados, 2015, UFPel.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

Durante a intervenção, todos os idosos faltosos à consulta receberam busca ativa. No primeiro mês foram 10 (100%) idosos faltosos com busca ativa, no segundo mês foram 9 (100%) idosos e, no terceiro mês 10 (100%) idosos faltosos com busca ativa. Foi possível alcançar a meta devido o treinamento feito pela enfermeira com os ACS para orientar os idosos em relação à importância da realização das consultas e a periodicidade. Essas orientações foram repassadas pelos ACS durante as VD. Também ao planejamento pela equipe de saúde juntos aos líderes comunitários.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia

Durante toda a intervenção todos os usuários tiveram registro adequado na ficha espelho dos idosos. Foram 85 (100%) no 1º mês, 177 (100%) no 2º mês e, 264 (100%) no 3º mês. Resultado da capacitação feita nas primeiras semanas da intervenção e aos controles semanais da mesma, organizado um sistema de registro que viabilize situações de alerta, sendo revisado semanalmente.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Indicador 4.2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Todos os idosos acompanhados receberam a Caderneta da Pessoa Idosa: 85 (100%) no 1º mês, 177 (100%) no 2º mês, e 264 (100%) usuários no 3º mês. A meta foi alcançada devido ao planejamento da equipe de saúde e pela disponibilização das cadernetas pelos gestores municipais de saúde.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Durante toda a intervenção, todos os idosos foram avaliados para risco de morbimortalidade, sendo 85 (100%) no 1º mês, chegando 177 (100%) no 2º mês, e 264 (100%) no 3º mês. Isto foi devido a capacitação realizada nas primeiras semanas da estratégia sobre identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, e aos controles semanais da mesma, avaliação do médico especialista em medicina general integral, da enfermeira, assim como o trabalho em conjunto com geriatra quando foi necessário, com o apoio do NASF e demais integrantes da equipe.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

Todos os idosos foram avaliados para a fragilização na velhice, sendo 85 (100%) idosos no 1º mês, 177 (100%) idosos no 2º mês, e 264 (100%) no 3º mês. A meta foi alcançada devido à capacitação feita pelos profissionais da equipe nas primeiras semanas de estratégia sobre a identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, e aos controles semanais da mesma, avaliação do médico especialista em medicina general integral, a enfermeira com o apoio dos demais integrantes da equipe.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

Durante toda a intervenção, todos os usuários tiveram a avaliação de rede social em dia, sendo 85 (100%) no 1º mês, 177 (100%) no 2º mês e, 264 idosos no 3º (100%) mês com 264. A capacitação feita pelos profissionais nas primeiras semanas de estratégia e aos controles semanais da mesma, avaliação do médico especialista em medicina general integral, a enfermeira com o apoio dos demais integrantes da equipe.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Durante toda a intervenção, todos os usuários receberam orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis, sendo 85 (100%) idosos no 1º mês, 177 (100%) idosos no 2º mês, e 264 (100%) no 3º mês. Isto foi pela capacitação feita pelos profissionais da equipe nas primeiras semanas da intervenção para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira", e pela orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Durante toda a intervenção, todos os usuários receberam orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis, sendo 85 (100%) idosos no 1º mês, 177 (100%) idosos no 2º mês, e 264 (100%) no 3º mês. Isto foi pela capacitação realizada nas primeiras semanas da intervenção pelos profissionais da equipe e pelo controle do preenchimento adequado da ficha-espelho dos idosos.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Durante toda a intervenção, todos os usuários receberam orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis, sendo 85 (100%) idosos no 1º mês, 177 (100%) idosos no 2º mês, e 264 (100%) no 3º mês. Isto foi pela capacitação realizada nas primeiras semanas da intervenção pela dentista e demais profissionais da equipe, orientações realizadas pela dentista e ASB na consulta, sala de espera, visitas domiciliares e palestras realizadas para a comunidade com o apoio dos integrantes da equipe, assim como pelo controle do preenchimento adequado da ficha espelho dos idosos.

4.2 Discussão

A intervenção na minha unidade básica de saúde propiciou uma ampliação da cobertura da atenção aos idosos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para ampliação da avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado com exame dos pulsos tibial e pedioso, e a medidas da sensibilidade nos diabéticos com a solicitação de exames laboratoriais para hipertensos e diabéticos. As ações foram realizadas por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, de fácil acesso a

serviços de saúde de qualidade, com ações que integraram promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência, desde o atendimento na UBS até o atendimento em outros serviços especializados quando foi necessário.

A intervenção exigiu e propiciou que a equipe se capacitasse para seguir os protocolos e as recomendações do Ministério da Saúde relativas aos diagnósticos das principais doenças dos idosos, ao preenchimento do prontuário e ficha espelho, a realização da aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, assim como a identificação de sistemas de alerta nestes exames. Além disso, os ACS foram capacitados para a realização da busca ativa de idosos faltosos.

A intervenção promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da técnica de enfermagem, da odontóloga e da técnica de saúde bucal. Distribuindo as atribuições de cada um, sendo o acolhimento de responsabilidade da recepcionista e de todos os profissionais da equipe. O atendimento compartilhado entre o médico e a enfermeira e o preenchimento dos documentos foi de responsabilidade de todos os profissionais da equipe. Antes da intervenção, as atividades relacionadas aos idosos eram centradas na figura do médico. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de usuários. A melhoria do registro e o agendamento dos mesmos viabilizaram a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Realizamos o acolhimento dos usuários priorizando o atendimento todas as terças e quintas-feiras. Criamos um agendamento organizado para o atendimento clínico e de odontologia para os idosos cadastrados e garantimos o acesso dos medicamentos da farmácia popular para todos os idosos.

O impacto da intervenção foi percebido pela comunidade. Os idosos demonstraram satisfação com a prioridade no atendimento, gerou satisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que conhecem o objetivo desta priorização. A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com alguns profissionais para discutir os critérios para a priorização da atenção, e discutir a melhor maneira de programar isto. Agora, percebo que a equipe está integrada, e as ações da intervenção estão incorporadas na rotina do serviço tendo condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

Vamos ampliar o trabalho de conscientização dos profissionais dos hospitais e serviços especializados em relação à necessidade de priorização da atenção dos idosos, em especial os de alto risco e também conscientizar os idosos sobre a importância do controle da consulta periódica, principalmente os hipertensos e diabéticos. A partir do próximo mês, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos usuários, procurando alcançar 100% dos idosos da área. A intervenção foi incorporada à rotina de serviço. Os próximos passos serão a qualificação do programa de pré-natal e de puericultura na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Sou o Dr. José Noide Caraballo Robert, e trabalho na UBS Dor. José Ferreirinha. Junto com os integrantes da minha equipe e o apoio limitado das outras equipes, realizamos uma Intervenção com o objetivo de melhorar a atenção dos usuários idosos da nossa área de abrangência. Neste relatório faço uma explicação de como foram realizadas as ações programáticas nestas doze semanas de trabalho, propostas pela especialização em saúde da família, através da Universidade Aberta do SUS – UNASUS de Pelotas, conseguindo o aprimoramento da gestão, organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde e qualificação da prática clínica, resultando em uma avaliação contínua com o monitoramento das ações, alcançando a participação da comunidade.

A intervenção com os idosos foi realizada durante 12 semanas. Para tal, contamos com o apoio da secretaria de saúde, que disponibilizou os materiais de oficina, fichas-espelho impressas, cadernetas de saúde dos idosos e boletins informativos para idosos.

Realizamos a capacitação dos profissionais da unidade de saúde de acordo com o Caderno de Atenção Básica do Ministério. Foram feitas cinco capacitações, os temas abordados foram focados para realizar diagnósticos das principais doenças das pessoas idosas, assim como pelo preenchimento do prontuário e ficha-espelho. Além disso, foi realizada a capacitação dos ACS para a realização da busca ativa de idosos faltosos, para a aplicação de Avaliação Multidimensional Rápida e realização de exames clínico apropriado, e identificação de sistema de alerta nestes exames.

Foi adotada uma ficha-espelho e distribuída a Caderneta de saúde da pessoa idosa. Organizamos um registro específico para colocar as fichas-espelho dos idosos. Iniciamos os acolhimentos de todas as pessoas idosas que

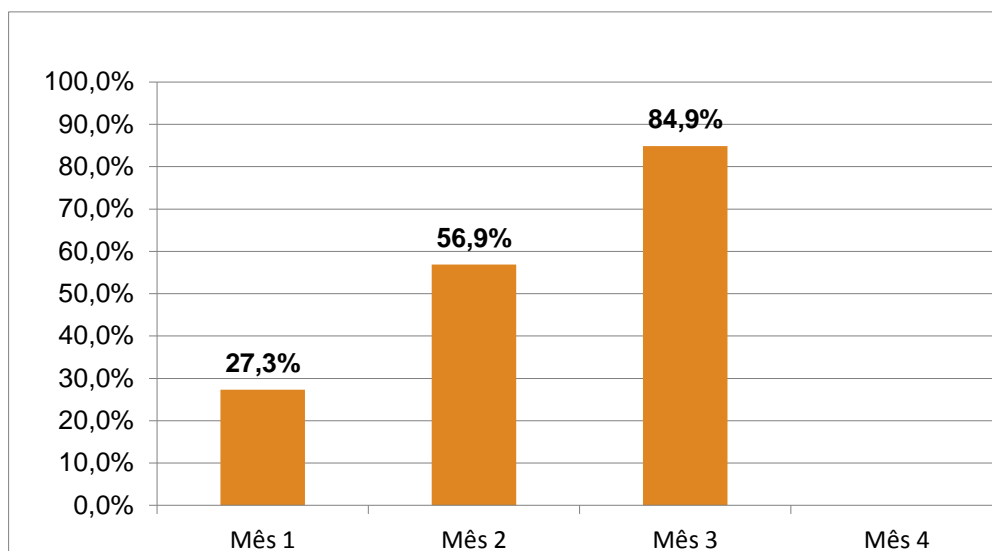
compareceram na UBS e o atendimento clínico desses usuários. Avaliamos os idosos que foram identificados como riscos na ficha-espelho encaminhando idosos aos serviços especializados quando necessário. Realizamos o cadastramento de todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção. Essas ações foram realizadas sem dificuldades.

No início da intervenção nos deparamos com dificuldades com uma minoria de usuários que não estavam satisfeitos com a prioridade dos usuários idosos. Foi preciso explicar diariamente antes de começar o atendimento, as questões pelas quais esses usuários eram priorizados a fim de modificar a mentalidade de muitos usuários. Durante os atendimentos aos usuários esclarecemos as dúvidas sobre seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço, inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário. A dentista da equipe organizou agenda de saúde bucal em conjunto com os demais profissionais da equipe para o atendimento das pessoas idosas.

Os gestores da secretaria municipal de saúde (SMS) do município, líderes e membros comunitários auxiliaram na divulgação para a comunidade sobre a importância da atenção a saúde da pessoa idosa. Além disso, garantiram a realização dos exames complementares nos casos dos hipertensos e diabéticos, os medicamentos da farmácia popular e o transporte para as visitas domiciliares.

Compartilhamos com a comunidade, idosos e familiares orientações sobre uma alimentação saudável, importância de exercícios físicos, os riscos do tabagismo e o consumo de álcool oferecidas pelos profissionais da equipe. Além disso, foram abordados temas sobre visita domiciliar e cuidados dos idosos acamados ou com problemas de locomoção pela técnica de enfermagem, diabetes mellitus desenvolvida pelo médico da equipe e hipertensão arterial por uma idosa, o que facilitou a troca de ideias entre eles. A dificuldade que mais afetou a intervenção foi o atendimento de saúde bucal, pois a odontóloga compartilha o consultório odontológico com outras duas equipes.

No primeiro mês, 85 (27,3%) idosos foram cadastrados, no segundo mês 177 (56,9%) idosos foram cadastrados e, no terceiro mês 264 (84,9%) idosos foram acompanhados (Figura 1). Não atingimos a meta estabelecida apesar do trabalho realizado pelos profissionais da equipe. Entretanto, como a intervenção foi incorporada à rotina da UBS, iremos continuar a atenção aos idosos.



Com relação à análise da incorporação das ações previstas na intervenção à rotina do serviço podemos expressar que no início foi difícil porque requeria mudar um comportamento habitual adquirido por muitos anos atrás. Não só pelos profissionais da equipe como pelos demais usuários que reclamavam pelo tempo das consultas com as pessoas idosas, e pela preferência deste grupo etário no acolhimento e atendimento. Mas com o empenho diário de todos os profissionais estamos conseguindo modificar as ações e adequá-las a nossa rotina melhorando o acolhimento, atendimento e seguimentos destas pessoas.

O apoio da gestão foi fundamental para que as ações previstas tenham sido realizadas e incorporadas na rotina da UBS. Por isso, contamos com a continuidade desse apoio para que a APS seja acolhedora e resolutive, e os idosos recebam uma atenção de saúde qualificada.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A atenção ao idoso deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade os idosos. Nossa equipe de saúde fez uma intervenção com esses usuários por um período de 03 meses na UBS José Ferreirinha.

Capacitamos os profissionais da unidade de saúde para oferecer ações ao idoso, assim como o preenchimento dos prontuários médicos de cada usuário. Buscamos um trabalho mais organizado e melhor estruturado. Aproveitamos os espaços das reuniões da equipe que estavam planejadas e monitoramos a cobertura do idoso tomando como ponto fundamental a busca ativa destas pessoas faltosas a consultas.

Implantamos a ficha-espelho do prontuário dos idosos e organizamos um registro específico para colocar as fichas-espelho, assim como o acolhimento e atendimento clínico destas pessoas que compareceram na UBS. Avaliamos os idosos que foram de alto risco durante a consulta. Durante os atendimentos, esclarecemos aos usuários sobre o programa de atenção ao idoso e, garantíamos, junto aos gestores, os medicamentos a todos os usuários, assim como os exames laboratoriais aos hipertensos e diabéticos.

Contatamos com o apoio dos líderes e membros comunitários para falar sobre a importância da atenção ao idoso, solicitando apoio para a captação dessas pessoas e para as demais estratégias implementadas. A busca ativa dos idosos faltosos às consultas e aqueles usuários que não faziam acompanhamento na UBS foi uma das ações realizadas desde o início.

Durante estas semanas realizamos grupos de idosos nos quais oferecemos orientações referentes à importância de manter uma alimentação saudável, a prática de atividade física e a manutenção de uma boa saúde bucal, bem como sobre os riscos do tabagismo e do consumo de álcool. Também realizamos atividades para

que conhecessem sobre suas doenças como palestras de hipertensão, diabetes mellitus, acamados ou com problemas de locomoção. Mobilizamos a comunidade para buscar junto aos gestores municipais, as fichas-espelho, as cadernetas de saúde das pessoas idosas, e a priorização dos medicamentos e exames laboratoriais.

Fizemos uma coordenação com a geriatra para atender os casos com avaliação multidimensional rápida de maior complexidade. Contamos com o apoio do gestor, coordenador da ESF, e outros profissionais envolvidos em seu empenho de uma atenção integral, mas em especial com a comunidade que se envolveu nesses 3 meses de intervenção. Ao final da intervenção cadastramos e qualificamos a atenção de 264 idosos. A intervenção já é rotina da UBS. Sendo assim, continuamos contando com o apoio dos gestores e engajamento da comunidade, pois saúde se efetiva com responsabilidade da gestão, dos trabalhadores de saúde e da população.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Apesar das dificuldades e incertezas que acompanharam todo o processo, este curso foi uma experiência nova para mim. Com a minha chegada a Currais Novos, percebi que a realidade da atenção básica estava apoiada num atendimento totalmente curativo onde as ações preventivas eram poucas e os profissionais tinham uma visão da atenção básica diferente ao estabelecido pelo Ministério da Saúde brasileiro.

Com relação ao curso e a intervenção realizada acho que através dela podem-se ter indícios para corrigir as ações passadas e fazer as modificações necessárias no presente visando o futuro. Na verdade, o curso foi bem diferente, mostrando-nos a realidade da saúde no Brasil, as aspirações do SUS no município e incentivando-nos a apoiar o desenvolver, no caso, uma estratégia de saúde da família completa onde o maior benefício fora melhorar e qualificar o atendimento aos usuários do SUS.

O início do curso foi de muita tensão pelo grande volume de tarefas a realizar. Mas, no transcurso do mesmo, compreendi a importância de conhecer os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para os diferentes programas. Enfrentamos diferentes exercícios da prática médica diária assim como nomenclaturas e formulários médicos, ajudando-me em alguns momentos ao adequado diagnóstico das doenças, e a tomar decisões em caso de problemas detectados. O curso foi uma excelente alternativa para manter-me atualizado e reciclar os conhecimentos.

Contamos com espaços para troca de experiências e dúvidas, além de consultar casos clínicos identificados durante o atuar nas comunidades. Reforçamos o trabalho em equipe tanto virtualmente como na UBS. Foi possível conhecer e aprofundar os procedimentos padronizados. Ao levar os conhecimentos para a UBS,

vivenciei momentos de muitas reflexões com a equipe que oferecia resistência a algumas ações. Para atender a estas demandas, no contexto atual é necessário que ocorram profundas transformações na política de formação dos profissionais de saúde orientada pelos princípios do SUS. Um choque do teórico com a realidade vivida por todos os profissionais de saúde durante muitos anos. Mas, o empenho e a bondade de crescer profissionalmente predominaram.

Quando iniciamos a reflexão sobre o processo de trabalho da equipe e das organizações de saúde, percebemos a importância de englobar todos os cidadãos como integrantes do SUS, com uma função além de recebedora das ações, mas como participantes ativos do processo de debate e decisão sobre a formulação, execução e avaliação da Política de Saúde.

O curso ajudou na minha valorização como profissional dedicado à saúde da família, e à qualificação de minha prática médica com a melhoria da qualidade dos atendimentos. Capacitou-me de forma clínica e administrativa para a prestação de assistência familiar integral, também meu preparo desde o ponto de vista da investigação, estando agora mais fortalecido. A melhora no idioma português também foi um resultado do curso, permitindo falar com os usuários e integrantes da equipe com maior fluidez.

Como considerações finais, considero o curso muito proveitoso, organizado e estruturado com o objetivo de melhorar a qualificação dos profissionais das equipes de saúde e o atendimento aos usuários do SUS.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica, n. 19. Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa.** Brasília 2010.

Apêndices

Apêndice A - Imagens das ações desenvolvidas na intervenção



Grupo de Educação em Saúde com os Idosos na UBS



Atendimento médico em Saúde da Pessoa Idosa



Atendimento multidisciplinar no dia do Idoso



Equipe multidisciplinar da ESF - Trabalho em Equipe na Intervenção



Visita Domiciliar para busca ativa de idosos faltosos as ações da intervenção



Acolhimento dos idosos na recepção da UBS



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	
1	Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1														
2	Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso está acamado ou tem com problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso...
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
4		1													
5		2													
6		3													
7		4													
8		5													
9		6													
10		7													
11		8													
12		9													
13		10													
14		11													
15		12													
16		13													
17		14													
18		15													
19		16													
20		17													
21		18													

Pronto

Apresentação / Orientações / Dados da UBS / **Mês 1** / Mês 2 / Mês 3 / Mês 4 / Indicadores

70%

Anexo C - Ficha espelho

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Telefones de contato: ____/____/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador _____
 Problemas de locomoção? () Sim () Não É acamado(a)? () Sim () Não HAS? () Sim () Não DM? () Sim () Não Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não
 Estatura: _____ cm / Perímetro Braquial: _____ cm Osteoporose? () Sim () Não Depressão? () Sim () Não Demência? () Sim () Não Se sim, qual? _____
 O idoso tem avaliação de risco para a saúde bucal? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica: ____/____/____

[illegible]

CONSULTA CLÍNICA									
						PARA PORTADORES DE HAS E/OU DM			
Data	Idade	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)	Estratificação de risco		Exame dos pés (normal ou alterado)	Exame físico (normal o alterado)
						Framingham	Lesões órgão alvo		
Tem fragilidade?	Orientação nutricional		Orientação sobre atividade física		Orientação para cuidados com saúde bucal	Data da visita domiciliar (se necessária)		Data da busca (se necessária)	Data da próxima consulta

[illegible][illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante